

予防接種市外医療機関実施申請書

令和 年 月 日

鯖江市長 殿

住 所 鯖江市

申請者氏名

被接種者との続柄 ()

携 帯 電 話

下記のとおり市外医療機関での接種を希望します。

被接種者氏名			
生年月日	平成・令和 年 月 日		
予防接種の 種類 希望する種類・回数に ○をつけてください	ロタウイルス（1回目・2回目・3回目）		
	B型肝炎（1回目・2回目・3回目）		
	ヒブ 初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	小児用肺炎球菌 初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	4種混合第1期（1回目・2回目・3回目・追加）		
	5種混合第1期（1回目・2回目・3回目・追加）		
	BCG	麻しん風しん混合（1期・2期）	水痘（1回目・2回目）
	日本脳炎【1期初回（1回目・2回目）・追加】【2期】		
	子宮頸がん（HPV）【1回目・2回目・3回目】		2種混合
申請理由 ○印をつけてください	1. 特に管理を要する疾患がある 疾病名など（経過および現況）		
	2. 出産等で里帰りをしている 滞在先住所 〒		
	3. 進学等で県外にいる 滞在先住所 〒		
	4. その他 ()		
滞在予定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		

上記の方の予防接種の実施を承諾します。			
令和	年	月	日
住		所	
医療機関の名称			
医 師 氏 名			

※太枠内は医療機関（主治医等）が記入してください